

**УСЛУГИ ПО ВЕДЕНИЮ ДОМАШНЕГО ХОЗЯЙСТВА И ЛИЧНОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ (IHSS)****ИЗВЕЩЕНИЕ О ДЕЙСТВИИ**

Обратите внимание: Это извещение имеет отношение ТОЛЬКО к Вашим социальным услугам.  
Оно НЕ повлияет на получаемые Вами SSI/SSP\* или социальные услуги.  
ХРАНИТЕ ЭТО ИЗВЕЩЕНИЕ ВМЕСТЕ С ДРУГИМИ ВАЖНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ

ЕСЛИ ВЫ ПРОСИТЕ О СЛУШАНИИ ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА,  
ПОЖАЛУЙСТА, ОТОШЛІТЕ ЗАПОЛНЕННУЮ АНКЕТУ ПО АДРЕСУ:

ВАШ  
ОФИС  
IHSS

Номер дела

Дата отправки

**СЕЙЧАС**

Ваш учитываемый доход: \$ \_\_\_\_\_

Минус уровень льгот SSI/SSP: \$ \_\_\_\_\_

Ваша доля расходов: \$ \_\_\_\_\_

Минус оцененная стоимость IHSS: \$ \_\_\_\_\_

Доход, превышающий оцененную стоимость: \$ \_\_\_\_\_

**УСЛУГИ** Часы СЕЙЧАС ПРЕДЫДУЩИЕ (+) УВЕЛИЧИЛИСЬ ЧАСЫ ИЛИ (-) УМЕНЬШИЛИСЬ

ОБЯЗАННОСТИ ПО ДОМУ за месяц: \_\_\_\_\_

Мытье полов, кухонных столов, плиты, холодильников, ванной, туалета; складирование пищи, запасов; выносить мусор; вытираять пыль, убирать; заносить топливо; замена, уборка постели и другое.

ОБЩАЯ УБОРКА (только один месяц): \_\_\_\_\_

СОПУТСТВУЮЩИЕ УСЛУГИ за неделю:

\*Приготовление пищи: \_\_\_\_\_

**РАНЕЕ**

Ваш учитываемый доход: \$ \_\_\_\_\_

Минус уровень льгот SSI/SSP: \$ \_\_\_\_\_

Ваша доля расходов: \$ \_\_\_\_\_

Минус оцененная стоимость IHSS: \$ \_\_\_\_\_

Доход превышающий оцененную стоимость: \$ \_\_\_\_\_

**УСЛУГИ** Часы СЕЙЧАС ПРЕДЫДУЩИЕ (+) УВЕЛИЧИЛИСЬ ЧАСЫ ИЛИ (-) УМЕНЬШИЛИСЬ

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ за неделю

Визиты к врачу: \_\_\_\_\_

К нетрадиционным лекарям: \_\_\_\_\_

## УБОРКА МУСОРА СО ДВОРА:

трава, сорняки, мусор  
(только один месяц): \_\_\_\_\_

Уборка снега, льда за неделю: \_\_\_\_\_

ОБЩИЙ ПРИСМОТР за неделю: \_\_\_\_\_

ОБУЧЕНИЕ/НАГЛЯДНЫЙ ПОКАЗ за неделю:  
(не более, чем три месяца) \_\_\_\_\_

\*УСЛУГИ МЕДСЕСТЕР за неделю: \_\_\_\_\_

ИТОГО: ЧАСОВ ЗА НЕДЕЛЮ x 4.33: \_\_\_\_\_

ПЛЮС: ЧАСЫ РАБОТЫ ПО ДОМУ: \_\_\_\_\_

ПЛЮС: ОБЩАЯ УБОРКА: \_\_\_\_\_

ПЛЮС: УБОРКА ТРАВЫ И Т.П.: \_\_\_\_\_

ИТОГО: ЧАСОВ ЗА МЕСЯЦ  
(округленные до десятой) \_\_\_\_\_

СЕЙЧАС РАНЕЕ

Деньги на питание в ресторане \$ \_\_\_\_\_

"Т.к. Вы выполнили условие о предоставлении услуг, отмеченные звездочкой (\*), в течение 20 часов или более, Вы можете получить оплату авансом, для выплаты присматривающему за Вами. Если Вы хотите получить выплату авансом, обратитесь к Вашему работнику социального обеспечения. Услуги, отмеченные двумя звездочками (\*\*), включены в 20 часов только, если помочь с питанием, приготовлением пищи и уборка после еды необходима."

Вышеуказанное действие обоснованно федеральным законом (акт социального страхования), законом штата (кодекс социального обеспечения и учреждений), правилами государства (кодекс федеральных правил), правилами штата (административный кодекс Калифорнии и руководство по правилам и производству департамента социальных услуг).

Вы должны немедленно сообщить обо всех изменениях, которые могут повлиять на Ваше право получения льгот или необходимость получения услуг по ведению домашнего хозяйства и услуг на дому таких, как доход, собственность, условия жилья, медицинское состояние или возможность работать. Если у Вас есть какие-либо вопросы или Вы считаете, что дополнительная информация должна быть учтена, обратитесь:

Районный офис:

Ваш работник:

Работник №

Телефон №

У ВАС ЕСТЬ ПРАВО ЗАПРОСИТЬ В УСТНОЙ ИЛИ ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ О СЛУШАНИИ ВАШЕГО ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА.  
ПОЖАЛУЙСТА, ОТПРАВЬТЕ ВАШ ПИСЬМЕННЫЙ ЗАПРОС ПО АДРЕСУ ОКРУГА, УКАЗАННОМУ В ПРАВОМ ВЕРХНЕМ УГЛУ ЭТОЙ АНКЕТЫ.

ПОЖАЛУЙСТА, ОБРАТИТЕСЬ К ОБРАТНОЙ СТОРОНЕ ЭТОГО ИЗВЕЩЕНИЯ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

# ПРАВО ЗАПРОСИТЬ О СЛУШАНИИ ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА

1. У Вас есть право на встречу с представителями социального обеспечения округа для обсуждения этого предполагаемого действия. На этой встрече Вы можете представлять себя сами или быть представленными адвокатом, другом или другим человеком. Если Вы хотите назначить такую встречу, обратитесь в департамент социального обеспечения Вашего округа.
2. Независимо от того, назначили Вы такую встречу или нет, Вы можете попросить о слушании Вашего дела администрацией штата и принятия решения директором департамента социального обеспечения штата (см. анкету ниже). Ваш запрос может быть в письменной или устной форме, но в нем должна быть изложена причина, почему Вы просите о слушании и чем Вы недовольны. **ВАШ ЗАПРОС НА СЛУШАНИЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ СДЕЛАН В ТЕЧЕНИЕ 90 ДНЕЙ СО ДНЯ ОТПРАВКИ ВАМ ЭТОГО ИЗВЕЩЕНИЯ.**
3. ЕСЛИ ВЫ ЗАПРОСИЛИ О СЛУШАНИИ В ЛЮБОЕ ВРЕМЯ ДО ДАТЫ ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ ПРЕДЛАГАЕМОГО ОКРУГОМ ДЕЙСТВИЯ, УСЛУГИ ДЛЯ ВАС МОГУТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ ДО СЛУШАНИЯ ВАШЕГО ДЕЛА. Вы не будете ответственны за возмещение суммы денег за услуги, полученные за время рассмотрения Вашего дела даже, если Вы получите отказ в результате рассмотрения Вашего дела, если просьба о слушании была сделана чистосердечно.
4. Вы можете запросить о слушании сами или Вы можете попросить работников департамента о помощи. Однако, в любом случае, известите об этом Вашего работника как можно скорее.
5. Вы имеете право быть представленными адвокатом или другим человеком (другом, родственником или другим лицом) на слушании. Вы можете получить бесплатную юридическую помощь и услуги адвоката. Вы можете получить помощь в поиске бесплатной юридической помощи, позвонив по бесплатному номеру телефона в отдел вопросов и ответов. Также, Вы можете обратиться в ближайшую организацию по защите просителей/получателей социальных услуг для помощи в представлении Вашего дела.
6. Правила штата, контролирующие процесс слушания дел, доступны в окружном департаменте социальной помощи.
7. Использование информации - информация, которую Вы должны предоставить, обязательна для того, чтобы обработать Ваше дело для слушания администрацией штата в соответствии с правилами W&IC 10950. В отделе главного арбитра будет открыто дело. У Вас есть право рассмотреть документы, на основе которых будет принято решение. Любая информация, предоставленная Вами, может быть передана в окружной департамент социального обеспечения или в департамент Соединенных Штатов по здравоохранению и гуманитарным услугам.

*Если Вы желаете отправить письменное заявление о слушании Вашего дела, пожалуйста, отправьте этот лист в департамент социального обеспечения округа. Адрес Вы найдете в верхнем правом углу, на первой странице этого извещения*

*Для того, чтобы запросить о слушании Вашего дела по телефону или для получения дополнительной информации о Ваших правах при слушании Вашего дела или о Вашем деле, Вы можете обратиться:*

Public Inquiry and Response  
State Department of Social Services  
744 P Street, Mail Station 20-23  
Sacramento, Ca. 95814  
(800) 952-5253 (бесплатный номер телефона)\*  
TDD (800) 952-8349\* Для людей, с  
нарушенным слухом или речью

\* Возможно, Вам надо сначала набрать "1".

## ЗАПРОС О СЛУШАНИИ ДЕЛА АДМИНИСТРАЦИЕЙ ШТАТА

|                              |                |                               |                 |
|------------------------------|----------------|-------------------------------|-----------------|
| Имя (фамилия, имя (инициал)) | Номер телефона | Номер социального страхования |                 |
| Адрес                        | Город          | Штат                          | Почтовый индекс |

Настоящим я прошу о слушании моего дела администрацией департамента социальных услуг штата по действию, принятому округом в отношении социальных услуг для меня. Причина моего запроса:

---

---

---

---

---

Я не говорю и не понимаю по-английски, поэтому мне нужен переводчик Язык: Диалект:  
для моего слушания:  
Подпись

Дата подписи

## УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Я уполномочиваю нижеуказанное лицо действовать от моего имени в моей жалобе. Я разрешаю департамент выдать любую или всю информацию в отношении моего дела этому лицу.

Имя уполномоченного представителя

Адрес уполномоченного представителя

Подпись подающего запрос на слушание

Дата подписи